

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JULES AUDUREAU

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

Lauréat de l'Ecole de Médecine (Pathologie Chirurgicale 1927)

Né à Jallais (M.-et-L.), le 4 Septembre 1904

A PROPOS DE QUELQUES CAS

DE

Décollement prématuré du Placenta

NORMALEMENT INSÉRÉ

Apoplexies utéro-placentaires

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JULES AUDUREAU

De la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers

Lauréat de l'Ecole de Médecine (Pathologie Chirurgicale 1927)

Né à Jallais (M.-et-L.), le 4 Septembre 1904

À PROPOS DE QUELQUES CAS

DE

Décollement prématuré du Placenta NORMALEMENT INSÉRÉ

Apoplexies utéro-placentaires

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

9, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie.	ROGER
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	N.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale	LEMAITRE.	Oto-rhino laryngologie.
BINET	Physiologie.	LEROUX	Anatomie pathologique.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LEVEUF	Pathologie chirurgie.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale	LÉVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MERCIER (Fern.)	Pharmacologie
CATHALA	Pathologie médicale.	MILLOT	Histologie.
CHABROL	Pathologie médicale	MONDOR.	Pathologie chirurgie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	MOULONGULT	Pathologie chirurgie.
DOGNON.	Physique.	MOURE.	Pathologie chirurgie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie.
ÉCALE	Obstétrique.	OBERLING.	Anatomie pathologique.
FEY	Urologie.	OLIVIER.	Anatomie.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.	PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PORTES	Obstétrique.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	QUÉNU.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.	RICHET	Physiologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.	SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
HOVELACQUE.	Anatomie.	VALLERY-RADOT	
HUTINEL.	Pathologie médicale.	(Pasteur).	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
JOYEUX	Parasitologie.	VELTER	Ophthalmologie.
		VERNE.	Histologie.
		VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique	RETTNER	Histologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FIANCÉE

En gage de ma profonde tendresse.

A MA MÈRE

*Dont toute la vie est faite de tendre affection,
de vive sollicitude et d'incessant dévouement
pour les siens.*

A MON PÈRE

*Qui nous donne chaque jour les plus magnifiques
exemples de courageux labeur, d'inépuisable
bonté et d'entier dévouement,
dont toute la vie admirable nous enseigne
la voie du devoir.*

*Témoignage de ma profonde reconnaissance
et de ma pieuse affection.*

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS ET DE MON ONCLE

A MA GRAND'MÈRE

*Pour la remercier de tous les bienfaits dont
elle nous comble.*

A MON FRÈRE

*Pour lui dire ma profonde affection et l'as-
surer de mon désir de m'associer, d'un plan
parallèle quoique inférieur, à l'action cha-
ritable de sa belle vocation.*

A MA SŒUR

*A qui vont mes très vifs sentiments d'af-
fection.*

AU DOCTEUR ET A MADAME MORINIÈRE
ET A LEURS ENFANTS

*A qui je suis heureux de lémoigner ma très
affectueuse reconnaissance.*

A MA FILLEULE ET A SES PARENTS

A TÔUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

A MES PROFESSEURS
AU COLLÈGE DE BEAUPRÉAU ET AUX FACULTÉS CATHOLIQUES
D'ANGERS

*En gage de mon souvenir fidèle, dévoué et
reconnaisant.*

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HÔTEL-DIEU D'ANGERS

Témoignage de gratitude.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A M. LE PROFESSEUR ANDRÉ BOQUEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui fut l'inspirateur de ce travail dont il nous
a fourni les éléments. Nous le remercions
de sa constante amabilité et de la bien-
veillance qu'il nous a toujours témoignée
depuis le début de nos études.*

A M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ACCOUCHEUR LE LA CLINIQUE BAUDELOQUE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qu'il nous permette de le remercier pour son
accueil si bienveillant et l'honneur qu'il
nous fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

Parvenu au relais, l'ascensionniste s'attarde volontiers quelques instants à jeter un regard en arrière. Il se complait à revoir, en un rapide coup d'œil d'ensemble, les rochers escaladés et les pentes gravies, les sites ensoleillés et les coins ombragés dont la riante verdure repose de la difficulté vaincue, de l'effort accompli.

Nous éprouvons un sentiment analogue, au terme — non pas de nos études, car le médecin toute sa vie doit apprendre — mais de notre vie d'étudiant et de jeune homme.

Des devoirs nouveaux nous appellent demain. Nous les abordons avec courage et confiance, dans le sentiment d'une préparation consciencieuse, grâce à notre travail et à nos efforts, grâce aussi aux conseils précieux et à l'aide efficace de ceux dont l'affectueuse sollicitude et la bienfaisante sympathie nous ont entouré. Si nous ne pouvons les nommer tous, notre cœur n'oublie personne, et nous adressons à chacun d'eux nos sentiments d'affectueux attachement et de respectueuse reconnaissance. Notre pensée s'en va, vers nos morts, créateurs d'un patrimoine de traditions et d'honneur dont nous resterons le gardien jaloux ; vers nos parents, qui nous ont fait ce que nous sommes, dont le passé magnifique et les exemples quotidiens de vertu, de dévouement charitable et de labeur constituent pour nous le meilleur enseignement moral, le plus attachant modèle ; vers nos

camarades dont l'intimité et la collaboration nous laissent le plus agréable souvenir ; vers nos amis dont la sympathie nous fut particulièrement bienfaisante aux heures de découragement et dans les tâches difficiles ; vers nos maîtres à qui vont nos sentiments de gratitude, que leur rôle ait été de parfaire notre éducation, de travailler à notre culture générale ou de guider nos pas à travers l'immense domaine de l'art médical.

Plusieurs ne sont plus. Notre émotion demeure vive de la disparition soudaine de l'un d'eux, qui nous témoignait depuis notre enfance le plus sympathique intérêt et la plus affectueuse sollicitude ; nous garderons avec une fidélité pieuse la mémoire du Professeur Henri Brin, chirurgien réputé, maître éminent, dont nous demeurons fier d'avoir été l'interne.

Nous tenons à remercier de façon particulière MM. les Professeurs Boquel, Denéchau, Papin, Tesson, Turlais, Vinsonneau, Maugourd, Thouvenin, Bigot, Fruchaud, MM. les Docteurs Cocard, Roguet, Léon, Closier, Gaugain, Testard, Rousseau, dont nous avons été l'externe ou l'interne et qui nous font l'honneur de nous traiter en ami ; nos remerciements vont aussi à MM. les Docteurs Ch. Martin, Sarazin, Antoine, Bonvallet, Brac, Barbary, Boumard, pour leurs cours ou leurs conférences dont nous avons apprécié tout l'avantage.

Notre ambition est que tant de conseils et d'exemples nous aident à réaliser notre idéal : être un bon médecin, instruit et dévoué, c'est-à-dire « guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours ».

Introduction

* Ayant eu la bonne fortune, relativement rare, nous semble-t-il, d'observer au cours de nos années d'internat plusieurs cas de « décollement prématuré spontané du placenta normalement inséré », nous avons prêté notre attention de façon particulière à cette question.

De la lecture des livres classiques nous demeurait l'impression que c'était là un accident rare et le plus souvent bénin, au moins pour la mère. Les publications antérieures à nos années d'études, comme aussi les plus récentes, assez nombreuses, nous auraient facilement confirmé dans cette opinion. Mais, les quelques cas, toujours graves et parfois dramatiques, de femmes en danger imminent, dont nous fûmes le témoin ou qui nous furent rapportés par notre professeur de clinique obstétricale dans son enseignement toujours pratique réformèrent notre jugement et nous donnèrent à penser que les événements sont d'ordinaire sérieux, qu'ils motivent toujours une décision rapide et bien étayée, souvent une action chirurgicale immédiate. Quoique groupés en nombre anormal en une courte période, — manifestation nouvelle de l'observation si fréquente de ce qu'on a pu appeler « la loi des séries en clinique », — ils gardent toute leur valeur d'en-

seignement ; les faits ne sont-ils pas toujours les faits, c'est-à-dire les fondements de l'expérience pratique auxquels des montagnes de livres théoriques ne pourraient ravir leur signification ?

Aussi, avons-nous éprouvé quelque étonnement de la discordance entre, d'une part les faits qu'il nous a été donné d'observer, illustration constante de l'enseignement de la clinique Baudelocque si volontiers rappelé à Angers, et d'autre part, des idées émises dans les précis destinés aux étudiants et aux praticiens non spécialisés, comme dans les diverses publications de ces dernières années.

A la réflexion, nous avons supposé cette discordance plus apparente que réelle. Ne vient-elle pas du classement sous la même rubrique de cas parfois très différents ? Et ne suffirait-il pas, pour la supprimer, de se mettre au préalable d'accord sur les caractéristiques essentielles qui permettent de limiter le cadre de cette appellation, de restreindre aux faits vraiment comparables entre eux l'extension d'un vocable dont il semble utile de préciser la signification ?

Il nous a donc paru intéressant, — à l'instigation de notre maître, M. le professeur Boquel, que nous remercions d'avoir bien voulu nous guider dans ce travail dont il nous a fourni les éléments, — de reprendre les observations recueillies depuis vingt ans à la Maternité d'Angers, de les comparer avec celles publiées ici ou là, de les discuter, pour en dégager ce qu'en doit retenir tout médecin : le jugement, raisonnable et fondé sur l'expé-

rience, que doit garder le clinicien, et la conduite la plus indiquée en pareil cas au praticien.

Après un court chapitre sur l'historique et la définition de l'accident qui nous occupe, nous en exposerons le tableau clinique, signalerons les difficultés du diagnostic, développerons quelques considérations sur son étiologie et son mécanisme pour en être amené enfin à indiquer la thérapeutique à laquelle on doit, selon les circonstances, avoir recours.

Historique et Définition

Nous ne voulons pas reprendre un historique qu'on trouvera en détail dans les thèses antérieures sur le même sujet. Qu'il nous suffise de rappeler que la notion de « décollement prématuré du placenta normalement inséré » et de l'hémorragie qui l'accompagne est d'acquisition récente.

En effet, si Mauriceau, en 1668, parle du décollement possible du placenta par brièveté du cordon, M^{me} Boivin nie la possibilité d'un épanchement sanguin se produisant entre la paroi utérine et le placenta, et M^{me} Lachapelle, — dont l'expérience repose cependant sur 40.000 accouchements, — plus catégorique encore, considère cet accident comme de pure spéculation, malgré la description donnée par Baudelocque dans son « Traité sur l'Art des Accouchements », où il conclut que ces « sortes d'épanchement pourraient devenir assez considérables pour influencer manifestement sur les forces de la femme, sur sa vie et celle de son enfant ». Le « Traité des hémorragies utérines », écrit par Baudelocque neveu quelques années plus tard, à propos de la mort d'une princesse anglaise, ne paraît pas avoir été assez clair ou probant pour entraîner la conviction. Il faut attendre, pour voir

accepter sans discussion la réalité de cette grave complication, les observations avec pièces à l'appui publiées par Winter en 1889, Ribemont, Pinard et Varnier en 1872, dans la thèse de Rousseau-Dumarcet et « l'Atlas d'Anatomie Obstétricale ».

La question n'avait pas franchi pour autant le cercle restreint du monde obstétrical. Un accident brutal, le jugement regrettable qui s'ensuivit la portèrent devant le grand public médical et presque sur le forum. Tous les journaux de l'époque, professionnels et autres, ont publié les échos de cette retentissante et lamentable histoire. Il ne nous semble pas inutile de rappeler brièvement les faits : ils marquent une date importante dans l'histoire de la question qui fait l'objet de cette étude et dans celle de la responsabilité médico-légale. Une sage-femme de Montdidier, qui, pendant trente-cinq ans, avait donné les preuves incessantes de son dévouement et de son savoir, s'attirant la considération générale, est appelée à minuit le 7 octobre 1907 près d'une femme au terme de sa quatrième grossesse normale et facile, qui avait travaillé toute la journée précédente sans fatigue, mais venait d'être prise brusquement de vives douleurs. Son examen lui montre un travail à peine commencé, une tête au détroit supérieur; elle reste cependant toute la nuit près de la parturiente; « la constatation de certains symptômes lui faisant craindre l'apparition de crises éclamptiques ». Le travail étant très lent, elle s'absente quelques instants dans la matinée, mais est bientôt rappelée : la malade a des douleurs beaucoup plus vives et perd du sang. A travers un col à peine dilaté, elle prati-

que la rupture des membranes et l'hémorragie s'arrête définitivement. Puis, peu à peu, la malade devient indocile et désagréable, au point que la sage-femme, à bout de patience, la quitte, emportant l'impression que la situation n'est pas inquiétante et l'expulsion assez lointaine. Deux heures plus tard, la malheureuse était morte, avant l'arrivée d'un médecin appelé par la famille restée seule. Une plainte fut déposée contre la sage-femme, une autopsie ordonnée à la suite de laquelle le médecin-expert affirma l'existence d'un volumineux caillot rétro-placentaire « de la surface interne de l'utérus ». M. le professeur Pinard vint prononcer devant le tribunal le plus documenté et le plus éloquent des plaidoyers en faveur de la sage-femme accusée d'impéritie. Il aborda la question grave de la responsabilité professionnelle dans des cas de diagnostic aussi difficile et surtout montra l'importance primordiale dans les redoutables accidents de cet ordre de la toxémie gravidique et la gravité « stupéfiante » de ces faits.

Enfin, le 5 octobre 1911, dans une mémorable communication faite à la Société Obstétricale de France à propos d'une magnifique observation personnelle, M. le professeur Couvelaire établit l'anatomie pathologique de l'hémorragie rétro-placentaire, individualise l'apoplexie utéro-placentaire, complication terminale d'un état toxémique grave, en montre le premier toute l'importance, et, d'emblée, mais de façon définitive, en fixe la thérapeutique chirurgicale.

Deux dates récentes, deux noms pleins d'autorité résument donc l'histoire de cette complication, celui de M. le

professeur Pinard qui en a donné la description clinique, celui de M. le professeur Couvelaire qui en a démontré le mécanisme et fixé la thérapeutique, deux noms souvent associés et bien français.

Depuis lors, de nombreux cas ont été publiés, enrichissant la littérature spéciale d'articles fort intéressants. Mais, les praticiens, ceux qui doivent être avertis de tout, à qui rien de leur art ne doit demeurer inconnu ou étranger, précisément parce qu'ils sont appelés les premiers et pour tous les cas les plus variés, ressortissant aux branches diverses de la science médicale, n'ont pas, semble-t-il, reçu de façon précise la ligne de conduite à adopter. Nous n'avons point l'outrecuidance de prétendre à combler cette lacune, ni même à faire œuvre nouvelle. Nous désirons faire remarquer seulement que trop de cas dissemblables ont été groupés sous le même titre qui devraient être rangés en catégories différentes. Les études ainsi faites nous paraissent d'inspiration peut-être théorique et scientifique plus que pratique. On a groupé des faits, certainement de même ordre, mais d'étiologie un peu différente, surtout d'allure clinique fort dissemblable et de gravité inégale. De la sorte, on a, ce semble perdu de vue ces faits redoutables sur lesquels a insisté Pinard, qu'il est cependant nécessaire de connaître pour y pouvoir penser, le cas échéant, et par suite y parer sans hésitation ni tergiversation, la question de vie ou de mort de la malade se réduisant souvent à un délai très court. Et si, dans plusieurs thèses et dans quelques statistiques, on a donné des guérisons en assez grand nombre, c'est peut-être qu'on a fait place trop large aux petits décolle-

ments sans conséquences immédiates, souvent véritable trouvaille après la délivrance, et qui, du point de vue pratique, n'ont que de lointains rapports avec ces grands décollements placentaires qui nous occupent et forment un chapitre spécial de pathologie obstétricale.

Ainsi limité le champ d'une expression parfois trop compréhensive, il nous devient impossible d'aborder l'étude clinique des faits bien définis qui constituent le sujet de ce modeste travail.

Tableau Clinique

Les faits ne débordant pas le cadre de notre définition étaient jadis méconnus; ils restent rares. Depuis une quarantaine d'années on n'a pu en recueillir qu'un nombre de cas relativement restreint. Ces observations ont permis cependant de mettre en plus grande évidence la réalité des phénomènes et d'établir sinon complètement, au moins de façon suffisante, la symptomatologie du « décollement prématuré spontané du placenta normalement inséré ». Nous allons essayer d'en dessiner à grands traits le tableau clinique.

Il s'agit le plus souvent d'une multipare, d'âge très variable, dont les antécédents physiologiques et pathologiques sont dépourvus d'intérêt. Les antécédents obstétricaux ne sont guère plus chargés; quelquefois cependant l'interrogatoire apprend que les grossesses antérieures ont été marquées par des troubles toxémiques plus ou moins graves (Observ. V). La grossesse en cours a pu se développer très normalement et sans malaise (Observ. VI); ou bien on relève durant les premiers mois des phénomènes tels que vomissements répétés de façon importante, ou parfois de légères pertes sanguines. Dans la plupart des cas, l'anamnèse ne révèle rien qui soit

digne de retenir l'attention ou capable d'orienter le diagnostic. On peut apprendre fortuitement que la malade présente depuis quelque temps de l'albuminurie, mais, d'ordinaire, le renseignement fait défaut. La malade était en parfaite santé, ou du moins croyait l'être, jusqu'aux accidents brusques pour lesquels on est appelé.

En effet, cette femme, parvenue au dernier trimestre de sa grossesse, d'ordinaire du sixième au huitième mois à peine, est prise soudain, au milieu de ses occupations journalières, soit sans aucun motif (Observ. V, I), soit à l'occasion d'un effort (Observ. VI), de *douleurs abdominales*. Leur siège n'est pas absolument le même dans tous les cas; leur intensité varie également. Mais, — caractéristique importante qui les différencie des coliques utérines banales où l'on trouve une alternance de rémissions et d'exacerbations, — elles sont *continues* et s'accroissent progressivement.

Qu'il y ait ou non, à ce moment, une hémorragie externe, toujours peu abondante, la malade n'éprouve pas d'autre sensation locale nette; mais une sorte de malaise un peu vague l'envahit tout entière. Elle se plaint de vertiges, de bourdonnement d'oreilles, et paraît souvent obnubilée (Observ. VII); elle est anxieuse et parfois s'agite; il n'est pas rare qu'elle manifeste à l'entourage le plus aimable une hostilité contrastant avec sa bonne humeur habituelle. A ces phénomènes subjectifs s'ajoutent très rapidement d'autres *signes généraux*: la face est pâle, les muqueuses décolorées, le pouls, petit, tend à devenir filiforme, s'accélère au moins jusqu'à 100 pulsations à la minute, la respiration est bientôt anhéante;

il n'y a ni frisson, ni fièvre, mais des sueurs froides peuvent apparaître. Bref, on a, plus ou moins nets et au complet, les signes caractéristiques de toute hémorragie interne. Le clinicien averti comprend d'emblée leur signification, et, sans s'y attarder inutilement, recherche les autres signes capables de le conduire à un diagnostic plus précis.

Pour ce faire, il pratique un examen rapide, mais soigneux et méthodique dont nous respectons l'ordre dans notre énumération des symptômes.

On est tout d'abord étonné de voir un utérus volumineux, sensiblement plus volumineux qu'il ne semblerait normal, paraissant à terme, alors que la grossesse n'est que de sept mois ou sept mois et demi d'après les renseignements obtenus, toujours d'ailleurs sujets à de légères erreurs. Dans quelques cas, disent MM. Demelin et Devraigne dans leur « Manuel de l'Accoucheur », la femme explique avoir remarqué elle-même « qu'à la suite de la souffrance éprouvée tout d'un coup, le ventre s'est mis à augmenter de volume, que son enfant a cessé de remuer et qu'elle s'est trouvée mal ». Fait plus important, *ce gros utérus paraît uniformément tendu* : malgré l'observation la plus attentive, on ne peut voir sous la paroi abdominale ni ondulation, ni contraction. Tout est immobile et semble en état de contracture.

Le palper abdominal, quoique pratiqué avec douceur, peut révéler une douleur particulièrement vive en un point précis (Observ. VII) ; cela n'est pas constant. Plus souvent, au contraire, tout l'utérus est douloureux, d'une douleur spontanée qui fait prendre à la malade une atti-

tude en chien de fusil, mais qu'augmente avec acuité le simple attouchement de la paroi. La palpation est donc souvent quasi impossible. Quand on peut la pratiquer c'est pour percevoir un *utérus dur*, d'une *dureté uniforme et « ligneuse »*. Une seule exception est signalée, dont nous avons un exemple dans notre observation VII : quand le placenta est inséré sur la paroi antérieure, l'hématome qui se produit au moment du décollement forme une sorte de matelas; on peut à ce niveau réveiller une douleur particulière et percevoir une masse molle et parfois crépitante.

Il est logique et habituel de n'ausculter que dans l'intervalle des contractions utérines si l'on veut percevoir avec netteté les bruits du cœur fœtal. On pourrait donc estimer paradoxal de pratiquer l'auscultation après avoir reconnu la « dureté ligneuse de l'utérus ». L'objection a été faite et semble justifiée. Aussi n'accordons-nous pas une valeur capitale à l'absence des bruits du cœur. Existeraient-ils, surtout affaiblis, on pourrait ne les pas entendre. En réalité, on ne les entend pas, parce qu'ils n'existent pas. L'enfant meurt d'asphyxie brutale dès le moment où se produit le décollement du placenta. Il est du moins rationnel de l'admettre, et, si l'on n'en peut fournir la preuve absolue, on en a la certitude morale.

Douleur, signes d'hémorragie interne, utérus de bois, absence des bruits fœtaux, aucun de ces quatre symptômes concordants ne manque jamais complètement. Ils permettent déjà une hypothèse et orientent les investigations. Il faut tout de suite se procurer un renseignement du plus haut intérêt : analyser les urines. Il va sans dire qu'il

ne s'agit pas d'une analyse complète de toutes les substances contenues dans l'urine. Une seule question nous intéresse : Y a-t-il *albuminurie* ? Il nous importe peu au point de vue pratique de savoir si elle est légère ou abondante; pour l'intérêt de l'observation recueillie, ce détail sera utile rétrospectivement. Extemporaneément, le dosage est parfaitement inutile. D'abord, — nous nous excusons d'insister sur ce point chaque jour vérifié en médecine — portant sur l'urine d'une seule miction, il manquerait d'exactitude et de valeur; il ne serait intéressant que par rapport à la totalité des urines de vingt-quatre heures; or, elle n'a pas été recueillie. Puis, bien qu'il y ait le plus souvent rapport direct entre le taux de l'albuminurie et la gravité de l'état de la malade, le tout est de savoir, non pas qu'elle est la quantité de l'albumine dans les urines, mais bien et seulement s'il y en a ou s'il n'y en a pas. Allons-nous présenter à notre malade un récipient parfaitement propre en la priant d'uriner ? Pareil procédé serait d'une naïveté puérile; l'irréflexion d'un instant d'affolement pourrait l'expliquer : le médecin ne doit jamais, même dans les cas les plus graves, se départir de sa réflexion et de son sang-froid. Il est évident, en effet, que les sécrétions diverses qui souillent les parties génitales, entraînées par l'urine, vicieraient presque à coup sûr le résultat de notre recherche. Doit-on alors faire un nettoyage du méat et des grandes lèvres ? Oui, mais comme premier temps du cathétérisme aseptique de la vessie. A cette condition seulement, l'analyse qualitative gardera toute sa valeur. Portons à ébullition un peu d'urine préalablement additionnée de quelques gouttes d'acide acéti-

que. En un instant, sans le moindre retard, nous avons l'indication suffisante. Le résultat est-il négatif, notre hypothèse n'est pas ruinée sans appel. Un nouvel essai, plus attentif, peut donner une réponse différente. Celle-ci est-elle encore négative, le diagnostic envisagé ne devient pas pour autant absolument déraisonnable et impossible. Nous devons l'asseoir sur d'autres données. Mais, au moins, neuf fois sur dix, il sera positif. Alors, le diagnostic est bien près d'être fait; une dernière recherche, quoique du plus haut intérêt, ne fera que l'affermir, en levant tous les doutes possibles.

Avec l'appareil à portée de notre main, oscillomètre de Pachon peut-être, sphygmotensiophone de Vaquez et Laubry ou autre similaire le plus fréquemment, mesurons la *pression artérielle* de notre patiente. Nous rechercherons avec le même soin la pression diastolique et la pression systolique, où, selon la terminologie désormais accoutumée, la minima et la maxima. La mesure systématique de la tension artérielle est introduite dans la pratique journalière depuis trop peu de temps pour que toutes les observations publiées de décollement prématuré du placenta normalement inséré la puissent mentionner. Nous en avons cependant, de côté et d'autre, relevé un certain nombre qui font état de cette recherche. Nous avons pu constater que le plus souvent il y a hypertension plus ou moins accentuée, portant à la fois et parallèlement sur la maxima et sur la minima. Elle peut être très marquée, la maxima atteignant de 18 à 20; il en était ainsi dans l'observation-type publiée par M. le professeur Couvelaire en 1911 et dans plusieurs cas d'une série d'observations

publiées il y a quelques semaines seulement par M. Ballard de Bordeaux. Le plus souvent, elle sera peu marquée, la maxima atteignant 13 ou 14 et la minima 7 (Observ. V et VII), ou bien on trouvera des chiffres sensiblement comparables aux chiffres normaux. On a pu constater des chiffres inférieurs à la normale : maxima 11,5, minima 5 (Observ. VI). Devant des résultats si contradictoires, on serait tenté de n'attacher aucun prix à la mesure de la pression artérielle. Une telle conclusion, logique à première vue, serait trop hâtive. En réalité, il faut tenir compte de l'hémorragie que les femmes examinées viennent de subir. Or, on sait fort bien, puisqu'on en fait à chaque occasion l'application thérapeutique, que l'émission sanguine abaisse, pour peu de temps, il est vrai, mais proportionnellement à son abondance, la pression artérielle. Telle est la principale action de la saignée thérapeutique. Compte tenu de ce fait, on peut donc penser et on a le droit d'affirmer que les chiffres constatés après l'hémorragie du décollement placentaire sont très inférieurs à ceux qu'on aurait pu observer immédiatement auparavant. Demeurent-ils élevés, l'hypertension était formidable; se rapprochent-ils de la normale, elle était considérable. Mais nous avons avoué une hypotension parfois constatée; on peut nous objecter que dans ces cas la pression antérieure à l'hémorragie était normale. Pour répondre avec toute la rigueur désirable, il faudrait posséder à la fois les chiffres antérieurs et ceux consécutifs à l'accident. Semblable documentation est rare, puisque, nous l'avons dit, il s'agit trop souvent de femmes qu'on n'a pas eu l'occasion de voir depuis longtemps. Cepen-

dant, il ne nous paraît pas déraisonnable de croire que l'hypotension actuelle n'exclut pas la possibilité d'une hypertension, même importante, quelques heures plus tôt. Une chute de pression si accusée ne mesure-t-elle pas l'abondance de l'hémorragie ? Notre observation VI semble autoriser cette explication dans ce cas ; en effet, malgré la courte durée certaine des phénomènes et la rapidité de mise en œuvre du traitement jugé nécessaire, la malade, après avoir supporté parfaitement l'intervention chirurgicale, est morte, en dépit de tous les soins reçus, au bout de quelques heures. L'exitus fatal se produit de la même façon dans les hémorragies profuses accidentelles ; or, cette malade était arrivée à la Maternité absolument exsangue d'apparence. Il semble donc que « cette exception confirme la règle », selon l'aphorisme d'allure paradoxale mais habituel, et qu'on doive dans la très grande majorité des cas trouver une pression supérieure ou au moins égale à la normale, malgré la spoliation sanguine ; l'hypotension, quand on la constate, n'indiquerait qu'un degré de plus dans l'échelle de gravité de l'état pathologique de la femme. *L'hypertension artérielle*, relativement abaissée, souligne donc les traits du tableau clinique dont, après avoir considéré l'ensemble, nous analyserons maintenant en quelques mots — s'il est permis d'user de ce langage — les détails du premier plan.

Car, s'ils se bornaient là, notre examen serait insuffisant, notre description incomplète ; nous n'avons pas encore parlé de symptômes dont on pourrait, à première vue, croire la valeur primordiale, ceux fournis par le tou-

cher vaginal. C'est que, à vrai dire, cette investigation n'est pas absolument indispensable pour le diagnostic; elle devient nécessaire une fois qu'il est posé, pour décider de la thérapeutique à choisir. D'ailleurs, la malade ni son entourage ne comprendraient qu'on s'en abstint, eux dont l'attention a été, la plupart du temps, captivée dès le début des accidents par une hémorragie externe, phénomène toujours si inquiétant, affolant même, pour des gens non avertis qui en surestiment inconsciemment la portée. Le doigt introduit dans le vagin peut ne pas ramener une goutte de sang (Observ. V); de règle, il réveille ou provoque un écoulement sanguin, quelquefois abondant (Observ. VI), généralement peu important (Observ. VII). Il est rare que la malade n'ait pas spontanément perdu un peu de sang, plus rare encore que le toucher ne lui en fasse pas perdre un tant soit peu. Quels que soient ses caractères, *l'hémorragie externe* n'a jamais une valeur pathognostique elle est commune à trop d'accidents divers. Elle ne peut mériter considération qu'en raison de son abondance et nous aurons à y revenir au chapitre du diagnostic.

Le doigt investigateur a pour rôle de nous documenter sur l'état du col utérin, renseignement du plus haut intérêt pratique, puisque, d'après ce qu'il nous apprend, la décision thérapeutique s'impose ou bien sont permises les hésitations et les discussions dont nous lisons ça et là les conclusions, variables avec leurs auteurs et les cas par eux observés. Mais là encore, ne recherchons pas de signes pathognostiques. Entre le col long, dur et complètement fermé (Observ. V) et la dilatation déjà commen-

cée qui laisse passage facile au doigt capable d'apprécier ainsi la tension de la poche des eaux et la présentation (Observ. IV); on trouve tous les degrés d'effacement.

Au contraire, un phénomène semble constant qui corrobore les données du palper : la tension du segment inférieur demeuré dur.

Tel est, nous semble-t-il, au moins dans ses lignes essentielles, la véritable symptomatologie du décollement prématuré du placenta normalement inséré, ensemble de manifestations traduisant les unes l'hémorragie, les autres la toxémie.

Diagnostic Clinique

Si l'on retrouvait toujours en clinique, avec leur importance réciproque réelle, tous les signes dont nous venons de faire l'énumération, le diagnostic serait facile et pourrait se faire d'emblée, presque de façon mathématique. Mais toute description représente forcément une moyenne, et l'on sait qu'il y a toujours des différences, plus ou moins importantes, mais notables, entre la moyenne et chacun des cas particuliers qui ont servi à l'établir. Suivant donc la prédominance de tel ou tel symptôme, on peut avoir à éliminer d'abord telle affection ou tel accident qu'il pourrait signifier ; le nombre en est d'ailleurs restreint.

L'augmentation de volume de l'utérus peut faire penser à l'hydramnios aigu, forme d'ailleurs très rare. En faveur de cette hypothèse pourraient également plaider la douleur et la tétanisation, secondaires à la distension exagérée de la cavité utérine. D'autre part, la malade présente des troubles dyspnéiques, elle a des nausées, parfois des vomissements; fréquemment, ses urines contiennent de l'albumine. Néanmoins, il suffit, en principe, de penser à ce diagnostic pour le rejeter : l'hydramnios dans sa forme suraiguë ne se constitue jamais qu'en plusieurs

jours; son début n'est pas marqué par les signes, que nous avons vu si nets et constants, d'une hémorragie interne; d'autre part, la situation n'est pas aussi dramatique, l'utérus n'a jamais une dureté ligueuse, et la pression artérielle est d'ordinaire abaissée. Enfin, un signe auquel nous n'avons pas accordé une signification positive réelle présente ici une valeur négative de premier ordre : l'hémorragie externe.

Symptôme dont nous avons contesté l'importance pathognomonique, si elle est abondante, comme il arrive, au point d'attirer plus tôt et de retenir plus que les autres signes l'attention de la malade et de son médecin, l'hémorragie externe peut rendre le diagnostic particulièrement difficile. Car aussitôt l'idée vient à l'esprit d'une complication moins rare, elle aussi très grave, dont le traitement est différent : le *placenta proevia*. La confusion peut être inévitable, d'autant qu'il n'y a nulle impossibilité à la coïncidence, maintes fois constatée au surplus, de l'insertion vicieuse du placenta et de l'albuminurie. Cependant, placenta inséré en lieu normal, mais décollé, et placenta vicieusement inséré, ne donnent pas une hémorragie externe absolument semblable. Nous avons vu que dans le premier cas elle s'accompagne de douleur, d'augmentation de volume et de contracture de l'utérus, et surtout de phénomènes généraux graves, d'une gravité tout à fait hors de proportion avec son intensité. Dans le second cas, au contraire, elle est indolore, se répète, croît progressivement de fréquence et d'abondance, sans cesser d'occuper à peu près toute la scène, les autres phénomènes étant toujours moins alarmants qu'elle-même.

L'aspect général inquiétant, la gravité des mêmes signes de choc et d'hémorragie peuvent se retrouver dans la rupture utérine, accident heureusement très rare, et le diagnostic, là encore, peut être presque impossible. On s'en consolera aisément d'ailleurs à la pensée que la malade n'en subirait nul dommage, puisque dans les deux cas la même intervention chirurgicale semble devoir être pratiquée, dont la laparatomie, qui donnera une certitude, constitue le premier temps.

Dans un cas qui nous a été rapporté ces jours derniers, les signes généraux, la douleur, la tétanisation utérine, la mort de l'enfant, l'albuminurie, l'hypertension artérielle auraient pu en imposer pour un décollement placentaire. Mais, la poche des eaux était rompue, le col dilaté, et le toucher vaginal fit le diagnostic : il s'agissait d'une dystosie par étroitesse du bassin chez une primipare.

Considérations Étiologiques et Thérapeutiques

Si, comme l'affirment les principes de la logique scientifique et comme le prouve l'expérience, les mêmes causes dans les mêmes conditions produisent toujours les mêmes effets, des effets semblables peuvent aussi être dus à des causes très différentes. C'est le cas du décollement prématuré du placenta normalement inséré.

L'étiologie de cet accident a été quelque temps considérée comme uniquement *traumatique*, un choc sur l'utérus gravide à travers la paroi abdominale pouvant déclencher la désinsertion placentaire. Les très nombreuses observations de femmes enceintes ayant subi d'importants traumatismes ou fait des chutes graves sans qu'il en soit résulté aucune influence fâcheuse sur l'évolution de leur grossesse jusqu'à son terme diminuent singulièrement la valeur de cette explication. Sans nier la possibilité de cette origine, surtout quand le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus, nous nous croyons donc autorisés à la déclarer rarissime et négligeable en pratique.

On a mis en cause également la brièveté du cordon. Cette étiologie paraît plus certaine, mais, elle aussi, extrêmement peu fréquente. On conçoit fort bien qu'un cordon trop court, pour quelque raison que ce soit, puisse tirailler sur la masse placentaire jusqu'à la détacher de la paroi utérine. Mais cette particularité a priori semble devoir être rare. De fait, les observations en apportant la preuve sont en tout petit nombre. On a signalé cet accident comme consécutif à une version par manœuvres externes. Dans sa « Clinique Obstétricale », M. le professeur Pinard rappelle l'observation personnelle curieuse d'une femme morte pendant son transport à l'hôpital et à l'autopsie de laquelle il avait trouvé un œuf complètement décollé, libre dans l'utérus : « le cordon formait un nœud coulant autour d'un des pieds du fœtus et celui-ci, dans un mouvement brusque, avait décollé le placenta tout entier ». « Un fait, ajoute-t-il, m'a frappé; c'est la fréquence de la présentation du siège, et j'en suis à me demander si là, encore, le cordon ne serait pas le grand coupable, et si le fœtus, en s'asseyant sur son cordon, n'exercerait pas ainsi une traction capable de la décoller ». Nous ne trancherons pas la question de savoir si ce procédé de suicide précoce est fréquent. Il nous semble permis, quoi qu'il en soit, de conclure que ces faits peuvent être pratiquement tenus pour exceptionnels.

Dans le tome second des « leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier », M. le professeur agrégé M. Metzger admet qu'un traumatisme sur l'utérus, portant juste au niveau du placenta provoque une hémorragie primitive capable d'entraîner secondairement son décollement.

« Mais, continue-t-il, un placenta inséré sur une muqueuse normale ne se décolle pas, même s'il y a un traumatisme, et il est probable que dans les cas où on a signalé une hémorragie à la suite d'un traumatisme, il y avait une prédisposition de la muqueuse. Si le placenta s'est décollé, c'est parce qu'il existait de l'endométrite et cette lésion est caractérisée par les hémorragies qu'elle donne. » Et, opposant à d'autres deux observations où le diagnostic lui semblait manifeste, il range en un groupe spécial les hémorragies utéro-placentaires dues à l'endométrite. Les accidents reconnaissant cette étiologie se rencontreraient presque toujours chez des multipares, ayant saigné au cours de la grossesse, se présentant au moment de l'accouchement avec des pertes plus ou moins abondantes, un utérus capable de quelques contractions régulières, chez lesquelles enfin l'état général serait manifestement plus touché par l'anémie que par l'intoxication. C'est dans les cas justifiant cette étiologie que le tableau clinique est le plus voisin de celui du placenta praevia, l'hémorragie externe étant cependant considérablement réduite du fait que le placenta décollé, déprimé en forme de cupule en son centre, « enkyste l'hémorragie ».

La dernière cause, de beaucoup la plus fréquente, mais aussi, malheureusement la plus grave, est non pas une lésion locale, mais une affection générale provoquant un état particulier de la matrice, la TOXÉMIE GRAVIDIQUE ABOUTISSANT A L'APOPLEXIE UTÉRINE. Depuis 1911, personne ne conteste plus cette étiologie et tout le monde est d'accord sur les lésions qui en sont la signature authentique. Aussi nous estimerions véritablement superflu d'in-

sister sur les caractéristiques histo-pathologiques des utérus ainsi atteints. D'ailleurs, ce n'est pas sur la constatation microscopique, ni même macroscopique seulement de ces lésions qu'on doit affirmer cliniquement le diagnostic étiologique, sous peine qu'il devienne inutile à la malade, mais bien sur les particularités symptomatologiques qui les annoncent. De là pourra dépendre en effet le choix des moyens thérapeutiques, obstétricaux ou chirurgicaux. Mais il est souvent fort difficile de reconnaître ces particularités, souvent extrêmement discrètes, toujours faites de nuances. Aussi devrait-on s'attacher à la recherche minutieuse de ces nuances, de ces degrés entre lesquels un observateur attentif et clairvoyant peut parvenir à établir des différences. Mais semblable démarcation est-elle bien utile et rationnelle ? Quand on soutient que l'intrication des deux formes rend quasi impossible dans nombre de cas leur dissociation clinique, on ne prouve pas l'endométrite. On peut estimer singulière l'explication donnée que « le fait d'avoir une hémorragie rétroplacentaire peut retentir sur l'état général et donner des phénomènes d'intoxication, et, secondairement, de l'albuminurie ». Pourquoi dire : il y a à la fois endométrite et albuminurie avec hypertension, mais ces symptômes peuvent être négligés au profit de l'endométrite, seule à retenir. Il nous semblerait plus simple et plus logique de faire l'inverse et de reconnaître le rôle le plus important toujours aux manifestations auxquelles on attribue une valeur explicative suffisante lorsqu'elles existent seules, même à peine marquées. On arriverait de la sorte pratiquement à lier les décollements placentaires à une cause à peu près unique; leur gravité serait

fonction seulement du degré de toxémie, qu'on l'appelle avec Pinard hépato-toxémie ou éclampsisme avec Bar. On serait depuis longtemps parvenu à cette conclusion, nous semble-t-il, si, au lieu de les attribuer à l'hémorragie, on avait considéré comme signes d'intoxication des phénomènes tels que les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, l'obnubilation, la somnolence, les troubles visuels, nauséux ou dyspnéiques, de constatation habituelle à l'approche d'accidents plus graves de nature urémique ou toxémique. Si l'on admet cette manière de voir, il ne semble pas exagéré d'incriminer la toxémie gravidique dans 80 à 90 % des cas. D'ailleurs, le mécanisme de son action nous paraît d'explication facile. L'intoxication, accélérée ou aggravée secondairement par l'albuminurie qui en est la conséquence, provoquerait une augmentation de tension trop forte pour des vaisseaux devenus à cause d'elle plus sensibles et plus fragiles, et aboutirait à leur rupture précisément au point de l'organisme où, du fait des modifications entraînées par la gravidité, ils sont le moins résistants. Cela expliquerait l'importance très grande — sur laquelle en toute hypothèse l'expérience montre qu'on ne saurait trop insister — de l'albuminurie et de l'hypertension artérielle.

Ces considérations étiologiques nous amènent à la question de l'attitude thérapeutique qu'il convient de prendre.

Avant d'aborder l'exposé des diverses issues possibles à semblable situation, il est un point sur lequel nous tenons à insister particulièrement. Nous avons vu combien sont complexes et délicates les données de ces pro-

blèmes. Seuls, des spécialistes qualifiés par leur préparation et leur expérience personnelle peuvent les résoudre avec le maximum de sécurité. Le médecin de famille, modeste praticien, se rappellera seulement l'extrême gravité, parfois stupéfiante, des faits que nous venons d'étudier; instruit par l'exemple de l'affaire de Montdidier, il se gardera prudemment d'encourir le risque d'une lourde responsabilité; il saura les soupçonner au moindre indice et dans ce cas, sans attendre que son doute devienne une certitude, imposer le transport immédiat de sa malade dans une maison spécialisée, sous la surveillance attentive et continue d'un personnel averti, près de médecins toujours prêts à accourir dans le minimum de temps s'il devient nécessaire, bien outillés, capables de tirer la situation au net et d'intervenir judicieusement.

Dès l'arrivée de la malade à la maternité ou à la maison de santé sur laquelle l'aura dirigée son médecin, on instituera, s'il en est temps encore, le traitement que comportent l'albuminurie et l'hypertension artérielle par lui signalées, trop heureux, si l'on peut, au lieu de traiter, prévenir les complications.

S'il est trop tard, et ce sera le cas le plus habituel, on pratiquera l'intervention thérapeutique la mieux appropriée aux circonstances particulières.

Si les commémoratifs établissaient de façon indubitable l'origine traumatique des accidents, ou si l'examen le plus minutieux pouvait conduire à la certitude qu'ils sont dus uniquement à l'endométrite, l'hésitation serait permise. Selon les circonstances, on pourrait laisser les choses évoluer naturellement et l'accouchement se faire seul, ou bien recourir à l'accouchement méthodiquement rapide. C'est à cette détermination qu'on a dû se résou-

dre, comme à un pis-aller, dans notre observation III : malgré la sûreté et la rapidité de diagnostic du médecin de famille, malgré l'usage des moyens de locomotion les plus rapides, le spécialiste n'avait pu être près de la malade qu'assez tard ; on était à la campagne, toute tentative chirurgicale y était impossible au pied levé, et il n'y avait plus une minute à perdre.

Il y a vingt ans que M. le professeur Couvelaire, le premier, a établi la seule cause d'hémorragie rétro-placentaire que doive retenir le praticien, l'apoplexie utérine d'origine toxémique, et qu'il en a fixé en même temps la thérapeutique. Depuis lors, malgré les nombreuses observations publiées, on n'a rien proposé de nouveau : ses conclusions étaient définitives. Il nous suffira donc de les rappeler.

Dans un article récent, M. Balard, de Bordeaux, conseille, au moins pour les cas qu'il appelle moyens, de tenter l'épreuve du travail, arguant de cas d'espèces où l'accouchement normal, au besoin accéléré, a eu d'heureuses conséquences. Notre observation II relate un cas semblable. Mais nous ne la donnons que par souci d'être complet et impartial; cela ne nous empêche pas de la considérer comme un mauvais exemple à ne pas suivre; nous eussions préféré recourir à un traitement qui, sans être en l'occurrence plus heureux, nous eût offert une plus grande sécurité. Seule, l'apparition d'un travail rapide l'a écarté.

C'est que la constatation extrêmement fréquente de ces foyers apoplectiques multiples que signalent nos observations et de l'allération remarquable des parois utérines, domine et de très haut la question, quant à l'indication

thérapeutique, comme à propos des considérations étiologiques.

Sans doute, l'évacuation par les voies naturelles a des défenseurs. Mais, il est exceptionnel qu'on puisse sans imprudence laisser le travail, toujours relativement lent, se terminer seul. D'autre part, le provoquer n'est-ce pas accepter le risque d'une rupture possible, avec toutes ses conséquences, d'un utérus aux parois altérées profondément ? Enfin, argument à lui seul assez fort, on n'est jamais assuré d'une rétraction utérine suffisante, ni à l'abri d'une hémorragie secondaire, vraisemblablement mortelle chez une femme fatiguée et affaiblie à l'extrême.

Dans les problèmes obstétricaux on a généralement deux vies à préserver. Ici, celle de l'enfant n'entre pas en ligne de compte : il a succombé dès le début des accidents. C'est uniquement la sauvegarde de celle de la mère qui commande une intervention par voie haute, a priori plus redoutable, en fait, nous y insistons et il faut le répéter, moins grave. Ce n'est qu'une fois faite la laparatomie qu'on pourra éprouver quelque hésitation; ce fut le cas dans l'observation IV. En effet, une décision de la plus haute importance, mais nécessairement prompte s'impose alors. De toute évidence, il faut faire tout le nécessaire pour sauver la vie qu'on tient entre ses mains, mais seulement le nécessaire. Car, c'est une responsabilité grave, d'autant plus lourde qu'il s'agit d'une femme plus jeune, celle qu'on assume vis-à-vis de la malade, de sa famille, de la société, quand on supprime d'un coup de bistouri toute possibilité de grossesse ultérieure. L'altération plus ou moins profonde des parois utérines

seule tranchera la question, mais pour l'évaluer avec précision, l'expérience de l'opérateur sera le meilleur critère. Il semble cependant qu'on peut, sans imprudence et sans exagération, s'en tenir à la conduite suivante : la présence de foyers apoplectiques nets commande l'ablation, et dans ce cas, c'est l'opération de Porro qui semble devoir être pratiquée, encore que nous nous défendions de prendre parti dans le choix de la technique opératoire de l'hystérectomie. Si des lésions n'existent pas, si les phénomènes toxémiques sont peu marqués, la césarienne semble la conduite la plus sage : si, l'incision faite, l'intégrité des parois semble suffisante, la rétraction convenable, la meilleure conduite semble être de s'en tenir à cette hystérotomie, de faire la césarienne conservatrice. Question d'espèce, nous le répétons, et la décision est à prendre en cours d'intervention, pour chaque cas, guidé qu'on sera par le souci constant de faire tout ce qui paraît nécessaire au salut de la malade, retenu dans les limites du strict minimum par l'espoir de nouvelles maternités.

Observations

OBSERVATION I (D^r BOQUEL)

Marie L., femme L., âgée de 38 ans, XII^e pare, a eu à terme ses sept premiers enfants; le deuxième est mort deux jours après sa naissance; les six autres ont été élevés au sein par leur mère, et un seul est décédé, à deux ans. Le huitième enfant est venu mort-né à sept mois, à la suite d'une hémorragie.

La grossesse actuelle a débuté en juillet 1907, les dernières règles ayant paru le 4 de ce mois. Elle fut normale jusqu'au 24 mars 1908.

Ce jour-là, occupée à coudre, Marie L. fut prise d'une douleur extrêmement vive dans tout le bas-ventre, douleur qui entraîna presque immédiatement une syncope. Il semble même qu'il y eut plusieurs syncopes successives.

Quoiqu'il en soit, on alla quérir une sage-femme qui, ne relevant aucun signe de travail, ne voulut pas rester près de la malade. Un médecin, appelé le lendemain 25, dirigea celle-ci sur l'hôpital.

Elle arrive à la Maternité à 5 h. 30 du soir. Je donnais mon cours. On me demanda aussitôt.

La malade est extrêmement pâle, les muqueuses décolorées; le pouls bat à 145 par minute, la température est de 37°4.

Très agitée, la patiente se plaint vivement de douleurs constantes, sans exacerbations; elle ne peut rester couchée sur le

dos, mais demeure sur le côté droit, en chien de fusil; l'extension des membres inférieurs paraît lui être particulièrement pénible. De la vulve s'écoule du sang, en petite quantité.

Les renseignements ne peuvent être obtenus de la malade qui, bretonne, parle mal le français et surtout semble incapable de répondre.

Le ventre est peu tendu; la matrice est sentie assez facilement; elle paraît dure, tendue, contractée, volumineuse et atteint au moins le volume d'un utérus à terme (la femme n'est enceinte que de 8 mois environ).

Dans le flanc droit, on perçoit une résistance assez particulière, sensation de rénitence douloureuse, difficile à interpréter. Les bruits du cœur n'existent pas.

Au toucher, on constate que le col est déhiscent; il a toute sa longueur, mais permet l'introduction du doigt. Le segment inférieur est tendu, contracté.

La diagnostic qui, *a priori*, peut se poser d'un organe rompu, tumeur ou matrice elle-même, est écarté rapidement devant l'absence des phénomènes abdominaux proprement dits et, en raison de signes d'hémorragie grave, évidents, de la tension de l'utérus et de son augmentation de volume, de la déhiscence du col, de l'écoulement de sang, on fait le diagnostic de décollement prématuré du placenta, diagnostic que rendent encore plus probable la mort de l'enfant et la constatation, faite sur le champ, de l'albumine dans les urines.

Sans retard, en raison de l'état presque *in extremis* de la malade, après lui avoir fait respirer un peu de chloroforme, l'agitation extrême qu'elle présente ne permettant pas de s'en passer, on fait en quelques minutes la dilatation manuelle du col (la femme est une grande multipare). La main, qui pénètre en entier dans la matrice, fait écouler d'abord une grande quantité de sang noirâtre et sent l'œuf détaché, les membranes intactes et le placenta en partie décollé du côté

droit, à distance notable de l'orifice utérin. Sans perdre de temps, on rompt les membranes et on extrait par version un petit fœtus mort du sexe masculin, lequel se présentait par le sommet.

Le placenta décollé est extrait aussitôt après, et il est suivi de caillots énormes qui remplissent une cuvette et pèsent 1.365 grammes. Le poids de l'enfant est de 2 kil. 100, celui du placenta de 450 grammes. Le cordon mesurait 27 centimètres.

Malgré les injections de sérum intra-veineux, d'éther, etc., la malade succomba presque immédiatement après l'évacuation de la matrice.

L'autopsie ne révéla aucune lésion particulière. L'utérus était intact, non rupturé.

OBSERVATION II

Madame E..., 31 ans, bipare, arrive à la Maternité le 3 juillet 1924, vers 23 heures. Elle n'accuse alors que de minimes douleurs, ne perd pas et à première vue semble en bon état général. Un interrogatoire rapide nous apprend que son père est mort, il y a une dizaine d'années, atteint d'une cécité d'étiologie inconnue de la malade, et que sa mère est une hépatique. Son passé physiologique personnel est bon, puisque réglée facilement à 10 ans, elle n'a eu depuis lors aucun trouble, et qu'une première grossesse, très normale, s'est terminée par un accouchement facile à 25 ans d'un enfant actuellement bien portant. Aucun antécédent pathologique ne peut être relevé.

Elle ne peut préciser la date de ses dernières règles, mais semble enceinte de six mois et demi à sept mois. Il y a trois semaines, elle a remarqué un léger œdème des jambes; son médecin, consulté, trouve de l'albumine dans les urines et impose le régime lacté; l'albuminurie disparaît, on revient au régime normal et le 1^{er} juillet la malade vague aux soins

de son ménage et perçoit encore très nettement les mouvements de son enfant. Le 2 juillet, dans l'après-midi, elle est prise brusquement d'une hémorragie assez abondante, accompagnée de vertiges, de pâleur du visage; en même temps elle accuse une douleur abdominale vive, dans la région sous-ombilicale. Elle se couche et fait appeler une sage-femme qui l'examine et, les phénomènes s'atténuant, attend; elle n'éprouve dans la soirée que de petites coliques qui ne l'empêchent pas de reposer en toute quiétude. Vers minuit, elle est prise, dans son lit, d'une nouvelle hémorragie, semblable à celle de l'après-midi, avec les mêmes phénomènes concomitants, mais qui cesse rapidement. Le 3 juillet, vers 7 heures du matin, de nouvelles coliques surviennent, accompagnées d'expulsion d'un peu de sang et de quelques caillots. Le médecin, appelé alors, constate un pouls rapide et petit avec tendance à la syncope, phénomènes rapidement améliorés, et conseille le transport dans un service de clinique chirurgicale. La malade y arrive seulement dans la soirée.

A ce moment, elle ne perd pas, souffre peu, de quelques coliques très courtes; le facies demeure bon, sans pâleur, sauf au niveau des muqueuses.

L'utérus est gros comme s'il était à terme. Il est absolument dur « comme une pierre »; cette tétanisation est permanente. La palpation est douloureuse et ne révèle aucun relief fœtal. Au dire de la malade, les choses sont ainsi depuis le matin.

Le stéthoscope, appliqué en différents points de cette masse, ne permet d'entendre ni bruits de cœur, ni chocs, ni souffle : le silence est absolu. Son empreinte demeure sur la paroi abdominale; on y constate un œdème discret, ainsi qu'à la face et aux jambes. On analyse l'urine et l'on constate un louche très net à l'acide azotique. (On apprendra le surlendemain que le résultat du dosage par le procédé du tube d'Esbach est de 7 grammes d'albumine par litre d'urine). A l'auscultation, le cœur est normal; le pouls est à 80, bien

frappé, la température rectale à 37°4. La malade se dit à l'aise. En raison des commémoratifs, de la dureté ligneuse de l'utérus accompagnée d'hémorragies externes, on pense à un décollement du placenta normalement inséré, chez une albuminurique. Pourtant, en raison du rythme à peu près normal du pouls, de la température non modifiée, du facies resté bon, on croit pouvoir rester dans l'expectative jusqu'au lendemain matin.

Le 4 juillet, vers 2 heures, la poche des eaux se rompt, et l'on constate une accélération passagère du pouls (100). A 6 heures, les premières douleurs apparaissent, accompagnées d'un minime écoulement sanguin qui ne cessera presque plus. A 7 heures, la dilatation du col est de « deux francs ». L'utérus présente toujours le même état de dureté uniforme. A 10 h. 20, la dilatation est complète, le pouls est à 90, la malade commence à pousser sans qu'on puisse remarquer de contractions utérines. L'état général reste assez bon, le pouls se maintient; il n'y a pas de tendance à la syncope. Le toucher révèle à ce moment une présentation du siège engagée. A 10 h. 30, expulsion (d'une durée de cinq à dix minutes environ) d'un enfant mort-né, du sexe féminin, portant au siège et sur la face dorsale des pieds des traces de début de macération, pesant 1 kil. 420, mesurant 41 centimètres; pas de lésions du périnée.

IMMÉDIATEMENT, la délivrance est spontanément expulsée, par sa face foetale. Les membranes, complètes, forment une poche d'où s'écoule une grande quantité de sang; tout aussitôt l'utérus continue à expulser brusquement des caillots et du sang noirâtre en abondance pendant une minute environ; dès qu'il est vide, l'écoulement sanguin cesse, le pouls est à 100. Le poids total du sang et des caillots expulsés est de 1.550 grammes. On mesure à ce moment la tension artérielle au Pachon, après cette saignée; elle demeure relativement élevée : $Mx=13\frac{1}{2}$; $Mn=6$. Indice oscillométrique : 4, régulier dans son rythme et son amplitude.

Les suites sont sensiblement celles d'un accouchement normal.

Le 6 juillet on ne trouve plus d'albumine dans les urines; le 8, la pression artérielle est de : $Mx=16$; $Mn=12$. Indice 3 1/2. Ni fièvre, ni aucun incident. La malade quitte le service le 13 juillet en bon état.

OBSERVATION III (D^r BOQUEL)

Madame X..., de Beaupréau, est prise brusquement, le 10 juillet 1925, étant grosse de 8 mois, d'accidents douloureux qui l'obligent à rentrer chez elle et à se coucher.

Le docteur Grosgeorges, appelé, la voit l'après-midi. Il constate l'existence d'un utérus uniformément tendu, dur, douloureux à la pression chez une femme aux traits altérés, pâle, geignant constamment. L'examen génital fait percevoir la tension du segment inférieur, mais le col est long, ferme; il n'y a pas de travail.

Il s'agit d'une multipare, ayant quatre enfants bien portants, mais ayant fait l'année précédente, à quelques mois d'intervalle, deux fausses-couches de quelques semaines à trois mois.

Le docteur Grosgeorges, frappé de son état grave, trouvant le pouls petit à 120, de façon constante, examine les urines, constate la présence d'albumine, et faisant le diagnostic de placenta prématurément décollé, malgré l'absence d'hémorragie, m'envoie chercher.

A mon arrivée, à 9 heures du soir, l'état général s'est notablement aggravé. Il est facile de confirmer le diagnostic porté. L'utérus est toujours dur, tendu et douloureux en tous points. Il n'y a pas de travail, mais le col déhiscent permet facilement l'introduction du doigt qui perçoit une poche des eaux uniformément tendue. Aucun suintement.

Sans tarder, on rompt la poche des eaux. Du liquide s'écoule en abondance, légèrement teinté de sang. Chez cette multipare, on n'éprouve aucune difficulté à introduire assez rapidement la main dans le col. Un pied est saisi, abaissé, et assez vite, on peut extraire un enfant mort, présentant plusieurs zones de dépouillement épidermique.

La délivrance vient immédiatement derrière le fœtus, suivie d'une grosse quantité de caillots noirâtres dont le poids peut être évalué à 1.500 grammes environ.

L'utérus se contracte bien et il est aisé de constater qu'aucune lésion utérine n'a été produite par l'accouchement hâtif, mais la respiration s'accélère, et malgré le sérum intra-veineux, une transfusion d'ailleurs imparfaite dans les conditions où l'on se trouvait, les injections d'huile camphrée, d'éther, etc..., la malade succombe rapidement environ une heure après la délivrance.

OBSERVATION IV.

Madame P... est une primipare de 27 ans. De son hérédité, comme de son passé personnel, il n'y a rien à retenir.

Elle a eu ses dernières règles du 18 au 23 septembre 1925. Elle parvient à trois semaines du terme normal sans complication ni trouble (elle aurait eu peut-être une très légère albuminurie de quelques jours un mois plus tôt).

Le samedi 6 juin 1926, dans la matinée, elle est prise d'un malaise assez imprécis, puis d'une douleur abdominale sans caractère particulièrement aigu, suivie immédiatement d'une hémorragie abondante. Douleur et hémorragie continuent jusqu'au soir.

Appelé à 17 heures, M. le docteur Gaugain, chef de clinique, constate un utérus dur et tendu, avec col fermé; l'état de la malade lui paraît déjà grave; il ordonne son transfert d'urgence à la Maternité, où elle n'arrive qu'à 19 h. 15.

M. le professeur Boquel, averti, vient aussitôt. Il constate un état d'anémie grave avec pouls à 125, une contracture et une tension marquée, mais non excessive, de la matrice. La palpation est douloureuse; le col utérin est bien distendu : on peut y introduire le doigt et percevoir une tête appuyant sur le segment inférieur. L'enfant est mort.

Le diagnostic de décollement du placenta normalement inséré étant immédiatement posé, on sonde la malade; ses urines contiennent une très notable proportion d'albumine. Tension art. : Mx=14; Mn=10.

On décide d'intervenir. On pratique la laparotomie; puis on sort de la cavité abdominale l'utérus qui apparaît parsemé d'énormes foyers apoplectiques, avec vaisseaux bleuâtres et taches disséminées. L'ensemble donne une teinte violacée toute particulière sur laquelle tranche cependant celle de ces vaisseaux et de ces taches ecchymotiques.

On fait d'abord la césarienne; on tombe sur une masse de caillots qu'on extrait, puis l'œuf sort en bloc, déchirant la paroi utérine au-dessus de l'incision. La paroi utérine apparaît particulièrement friable, avec, par places, de véritables hématomes.

Après hésitation, on pratique l'hystérectomie sans incident. La paroi abdominale est fermée en trois plans.

Les suites opératoires sont normales. Le pouls, à 120 le deuxième et le troisième jours, redescend à 90 le quatrième. La température ne dépasse jamais 37°8. Le 9 juin la tension est de : Mx=12 1/2, et Mn=10.

La malade n'éprouve ni céphalée ni autres phénomènes douloureux ni aucune sorte de trouble, et sort guérie le quinzième jour.

OBSERVATION V (Dr BOQUEL)

Une femme de 34 ans, IIipare, ayant eu ses dernières règles du 13 au 16 août, arrive de la campagne à la Maternité le 24 mai 1929, avec le diagnostic de présentation du siège et le commémoratif de travail commencé le matin même. Il est 2 heures de l'après-midi.

En fait, les phénomènes sont les suivants : Après une grossesse troublée dès le début et surtout dans les derniers temps et plus qu'aux grossesses précédentes par des phénomènes d'ordre toxémique : vomissements au cours des deux premiers mois, et pendant toute la durée : fatigabilité plus prompte, céphalée presque constante, bourdonnements d'oreilles, mouches volantes, diplopie, barre au creux épigastrique, œdème des jambes, etc..., et par une légère perte sanguine (vers deux mois), la parturiente a été prise de douleurs, puis de syncope. Les syncopes se sont renouvelées trois fois dans l'espace d'une heure. Un médecin, appelé, trouve une femme se plaignant de douleurs dans le bas-ventre, mais ne constate pas de travail; il croit percevoir une présentation du siège, et prévoyant un accouchement long et ennuyeux, dirige sa cliente sur la Maternité. A son arrivée, en descendant de voiture, celle-ci, qui a parfaitement supporté le voyage, tout en accusant des douleurs constantes et vives, est prise d'une nouvelle syncope.

Ces syncopes attirent immédiatement l'attention de la sage-femme qui la reçoit. Le pouls bat à 92. On sonde sur le champ la malade. Albuminurie massive. L'utérus est très gros, uniformément douloureux, constamment dur et ligneux. Au toucher, col long et fermé, tension des culs-de-sac. Pas une goutte de sang. L'enfant est mort. Le Pachon indique comme tension : Mx=13; Mn=7.

On m'envoie chercher. Je confirme le diagnostic fait, dès l'arrivée, par la sage-femme : décollement du placenta normalement inséré. A ce moment, le pouls est devenu très ra-

pide; la malade; couchée sur le côté, en chien de fusil, se plaint sourdement. L'utérus demeure dans le même état.

La laparotomie est faite sans délai : paroi infiltrée, liquide séro-hématique dans le péritoine, utérus violacé avec taches ecchymotiques nombreuses, paroi extrêmement friable.

On fait l'hystérectomie d'emblée. La malade, qui a paru sur le point de succomber, est remontée par les procédés ordinaires et guérit fort bien, sans incidents autres que la nécessité de cathétériser la vessie pendant plusieurs jours.

L'enfant mort pesait 2 kilog.; il mesurait 51 centimètres de longueur.

L'examen de l'utérus que j'ai présenté à la Société de Médecine d'Angers et que j'ai conservé révélait deux choses :

1° Une cavité ovulaire avec un placenta COMPLÈTEMENT décollé et refoulé de haut en bas par une masse énorme de caillots (certainement 800 à 1.000 grammes);

2° Des remarquables FOYERS APOPLECTIQUES, particulièrement au niveau de la face antérieure, et une friabilité extrême des parois.

OBSERVATION VI

Le 22 mai, dans la soirée, arrive à la Maternité une femme de 23 ans, tripaire, enceinte de 7 mois environ, ayant été prise l'après-midi, trois heures auparavant, d'une douleur violente dans le bas-ventre, en allant à la selle, douleur suivie d'une perte sanguine qui ne paraît pas avoir été considérable. Les douleurs continuent, elle se couche. Un médecin, mandé, trouvant l'état grave apparemment, la fait transporter immédiatement à la Maternité.

A son arrivée, elle est exsangue d'apparence, choquée au maximum. Elle perd assez abondamment. Le pouls cependant n'est qu'à 100; la tension artérielle : Mx=11,5; Mm=5. Ce qui frappe aussi, c'est l'état de l'utérus, uniformément dur, dou-

loureux, volumineux, tendu. Au toucher, le col est long, mais déhiscent, le doigt serré sur une poche tendue, et du sang s'écoule en abondance. On ne perçoit ni présentation, ni placenta. On n'entend pas les bruits du cœur.

On sonde la malade : albuminurie considérable. La patiente n'aurait pas présenté de phénomènes particuliers au cours de la grossesse, et dix jours avant ces accidents une recherche n'aurait pas révélé d'albumine dans les urines.

Le professeur Boquel, appelé, décide une laparotomie (six heures après le début des accidents). Paroi infiltrée, liquide séro-hématique dans le ventre, foyers apoplectiques multiples sur la paroi utérine. Hystérectomie sans incident.

La malade, qui semble avoir bien supporté l'opération, et paraît se remonter, meurt cependant cinq heures après l'intervention, en dépit des soins donnés.

La placenta est inséré sur la face postérieure; le bord inférieur affleure l'anneau de Bandl. Il est décollé sur quatre travers de doigt environ à l'union de la face postérieure et du bord gauche de l'utérus. La main pénètre aisément à plat dans une cavité formée par le placenta et la paroi, occupée par des caillots.

OBSERVATION VII

Le 31 mai 1929, à 9 heures du soir, venait de la campagne à la Maternité une femme de 21 ans, bipare, enceinte de 7 mois environ, présentant tous les signes d'une intoxication grave de la grossesse; albuminurie importante, céphalagie, vomissements, œdème, douleurs abdominales. La grossesse paraît à peu près correspondre à l'âge indiqué, l'utérus ne présente aucune anomalie, on constate une absence absolue de travail; l'enfant est *vivant*.

On la couche, on la met au régime lacté auquel succède le régime hydrique, parce que le lait n'est pas toléré. Au bout

de 24 heures, reprise de lait en petite quantité et amélioration de la patiente.

Le 2 juin, vers midi, survient une hémorragie externe peu considérable, avec pâleur marquée de la face et état syncope. J'étais là, on me prévint. Je la fais conduire à la salle d'accouchement et, dès que je suis libre, je vais l'examiner. Je constate — une vingtaine de minutes après le début des accidents — l'absence des bruits du cœur, le pouls bat à 100, la tension artérielle est de : $Mx=14$; $Mn=7$. L'utérus est devenu douloureux, tétanisé : un point particulièrement douloureux se manifeste à la pression de la partie supérieure droite. Pas de travail. Au toucher, un peu de sang s'écoule de nouveau. Obnubilation légère.

Sans hésiter, mon diagnostic fait, je réalise une laparotomie immédiate : paroi très infiltrée, liquide séro-hématique dans le péritoine, pas de taches ecchymotiques apparentes.

La paroi paraît bonne. En raison de l'âge de la malade, je me décide pour une césarienne, malgré la mort de l'enfant. Je trouve le placenta inséré sur la paroi antérieure, près du fond de l'organe; il est séparé de la paroi par des caillots nombreux et volumineux qui s'insinuent entre le bord inférieur du placenta décollé et la paroi ovulaire. Le placenta n'est que partiellement décollé et il faut noter que le décollement de la partie restée adhérente fut laborieux. L'enfant pesait 1.700 grammes et mesurait 27 centimètres.

Conclusions

I. — L'hémorragie par décollement du placenta normalement inséré est un fait très connu maintenant. Dans ce cadre général entrent des faits disparates parmi lesquels il y a lieu d'individualiser le syndrome grave d'« apoplexie utéro-placentaire ».

II. — Les faits de cet ordre publiés sont très nombreux; il importe de mettre de côté les faits banaux, qui, étiologiquement sans doute sont de même nature, pour ne retenir cliniquement que la gravité extrême des cas graves.

III. — Le syndrome d'apoplexie utéro-placentaire est constitué par un double syndrome de toxémie et d'hémorragie, auquel s'ajoutent des phénomènes de distension et de contracture de l'utérus et l'absence de bruits fœtaux.

IV. — L'importance et la rapidité des accidents surprennent : la connaissance de ces faits, conduisant à la recherche de l'albumine dans les urines et à l'examen de la tension artérielle, qui peut d'ailleurs donner des résultats trompeurs, est de toute première importance pour le praticien.

V. — La possibilité de l'urgence d'une intervention chirurgicale (l'hystérectomie le plus souvent) entraîne la nécessité immédiate du transport à la Maternité voisine.

VI. — Dans les cas le plus habituels, où la constatation de l'apoplexie utéro-placentaire sera certaine l'hystérectomie sera la règle. Dans quelques cas, où les lésions paraissent légères, la césarienne conservatrice peut trouver sa place.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER, COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

AUDEBERT, et FOURNIER. — Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 1925, p. 81.

AUDEBERT. — Les hémorragies rétro-placentaires. — Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, août 1929.

BALARD P. et MAHON R. — Conduite à tenir en présence d'une hémorragie rétro-placentaire. — Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, février 1930.

BAR, — Hémorragie rétro-placentaire. — Arch. mens. d'Obstétrique et de Gynécologie, 1912.
— Société d'Obstétrique, 15 mars 1906.

BIANCARDI. — Hémorragie rétro-placentaire. — Annales d'Obstétrique, 1905.

BONNAIRE. — Hémorragie rétro-placentaire. — Société d'Obstétrique de Paris, 1893.

BRINDEAU. — Société d'Obstétrique de Paris, 21 novembre 1901.

BRINDEAU et BROUHA. — Hémorragie rétro-placentaire, in « Pratique de l'Art des Accouchements » (Brindeau), Tome III, p. 361.

BOQUEL. — Décollement du placenta normalement inséré. — Archives Médicales d'Angers, 20 avril 1909.

BUDIN. — Hémorragie rétro-placentaire. — Progrès Médical, 1888.

COUVELAIRE. — Hémorragie rétro-placentaire. — Revue Pratique d'Obstétrique et de Gynécologie, 1912.

— Traitement chirurgical des hémorragies rétro-placentaires avec décollement du placenta normalement inséré. — Ann. de Gynéc. et d'Obstétr., octobre 1911.

DEMELIN et DECRAIGNE. — Manuel de l'Accoucheur, 1924.

DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'Accouchement.

DUQUET. — De l'opération césarienne dans les cas d'hématome rétro-placentaire grave. — Thèse Paris, 1908-1909.

ESSEN-MOLLER. — Hémorragie rétro-placentaire. — Arch. mens. d'obstétr. et de Gynécologie, 1913.

FABRE. — Hémorragie rétro-placentaire. — Bulletin société d'Obstétr. de Paris, 1910.

— Précis d'Obstétrique.

FRAIPOULS. — Hémorragie rétro-placentaire. — Ann. de Gynécologie, 1914.

GASTON. — Thèse Lyon, 1904.

HERBERT SPENCER. — Hémorragie rétro-placentaire. — Transition of the Obstetr. Society, 1893.

HIRST (B. C.). — Long continued hemorrhage in the latter half of pregnancy, due to detachment of a normally situated placenta and accompanied by septic intoxication. — Med. News, Philadelphia, 1893, LXIII, p. 97.

- LE GOLVAN. — Contribution à l'étude des hémorragies rétro-placentaires. — Thèse Paris, 1911.
- LEHMANN. — Des hémorragies rétro-placentaires. — Thèse Paris, 1898-1899.
- LELONG. — De l'hémorragie rétro-placentaire d'origine traumatique. — Thèse Paris, 1901-1902.
- LE LORIER. — Société d'Obstétr. et Gynéc., 12 mars 1906.
- LEGUEU. — Hémorragie rétro-placentaire. — Bull. Soc. Obst. Paris 1910.
- LEVY Ed. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hémorragies rétro-placentaires. — Thèse Paris, 1911-1912.
- METZGER. — Les hémorragies inter-utéro-placentaires. — Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. 9^e année, 1925.
- PINARD. — Clinique Obstétricale, 1899.
— Annales de Gynéc. et d'Obstétr., janvier 1908, p. 1.
- PINARD et VARNIER. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré. — Etudes Anatomie Obstétr. norm. et Patholog., Paris 1892.
- PORTES. — Contribution à l'étude de l'apoplexie utéro-placentaire. — Thèse Paris, 1922.
- RIBEMONT, DESSAIGNES. — Du décollement prématuré du placenta inséré normalement. — Traité d'Obstétrique, 9^e Ed. 1923, p. 758.
- ROUSSEAU-DUMARCEY. — Du décollement prématuré du placenta inséré normalement. — Thèse Paris, 1892.

TARNIER. — Hémorragie rétro-placentaire. — Traité d'Accouchement.

TISSIER. — Hémorragie rétro-placentaire. — Traité d'Accouchement, de Tarnier et Budin, Tome III.

VORON. — Hémorragie rétro-placentaire. — Bull. Soc. Obst. Paris 1913.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
